

OCENA POZIOMU STRESU I LĘKU RODZICÓW DZIECI Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ LIMFOBLASTYCZNĄ

ASSESSMENT OF PARENTAL STRESS AND ANXIETY IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Aneta Grochowska¹, Iwona Bodys-Cupak², Barbara Kubik¹, Patrycja Starzec³

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

³ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.21>

STRESZCZENIE

Wstęp. Schorzenia nowotworowe wśród zachorowań u dzieci stanowią grupę ponad 200 różnych jednostek nowotworowych. Najliczniejszą grupę stanowią białaczki, wśród których ostra białaczka limfoblastyczna występuje najczęściej. Towarzyszenie na co dzień choremu dziecku jest dla rodziców bardzo ciężkim przeżyciem, wykazują się przy tym ogromnym zrozumieniem, wrażliwością i empatią, pomimo że do samego końca nie można przewidzieć rezultatów leczenia. Poczucie stresu i lęk rodziców dotkniętych chorobą ich dziecka towarzyszą im przez cały etap leczenia oraz zwykle do końca życia.

Cel. Celem pracy było określenie poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną.

Materiał i metody. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety oraz Kwestionariusz Oceny Stresu. Badaniem objęto 100 rodziców (75 matek i 25 ojców) dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną leczących się w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

Wyniki. Poczucie zagrożenia było nieznacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet oraz wśród rodziców młodszych. Z powodu choroby dziecka z pracy rezygnowały częściej kobiety niż mężczyźni. Z porady psychologa podczas choroby dziecka korzystało 22% rodziców. Najbardziej na pogłębienie się lęku o dziecko wpłynęła chemioterapia (60%). Z pracy z powodu choroby dziecka rezygnowali częściej rodzice, którzy odczuwali silny lęk o życie dziecka (61,1%).

Wnioski. Rodzice postrzegają zachorowanie ich dziecka najczęściej jako wyzwanie oraz jako zagrożenie. Zachorowanie dziecka na nowotwór wywołuje wśród rodziców ogromne poczucie lęku. Rodzice dzieci onkologicznych w różny sposób próbują radzić sobie ze stresem.

SŁOWA KLUCZOWE: stres, lęk, rodzice, dzieci, białaczka.

ABSTRACT

Introduction. Cancerous diseases constitute a group of over 200 various cancerous morbid entities. The most plentiful group are cases of leukaemia, where acute lymphoblastic leukaemia occur most frequently. Attending an ailing child on an every-day basis is an extremely hard experience for the parents who at the same time show enormous understanding, sensitivity and empathy, even though results of treatment cannot be foreseen up to the very end. A feeling of stress and fear which the sick child's parents experience accompanies them throughout the entire process of treatment, and usually till their dying day.

Aim. The aim of the research was to define the level of stress and fear accompanying parents of children suffering from acute lymphoblastic leukaemia.

Material and methods. A diagnostic survey was a research method. The research instrument consisted in an anonymous survey questionnaire and a standardised questionnaire – Stress Assessment Questionnaire developed by K. Wrześniewski, A. Jakubowska-Winecka and D. Włodarczyk. 100 parents were covered by the study, including 75 mothers and 25 fathers of children suffering from acute lymphoblastic leukaemia, treated at the Children's Oncology and Haematology Ward at the Władysław Buszkowski Regional Specialist Children's Hospital in Kielce.

Results. The feeling of danger was slightly higher among men than among women and younger parents. More frequently women than men resigned from work due to the child's illness. 22% of parents used the advice of a psychologist during a child's illness. The most aggravated fear of the child was chemotherapy (60%). Parents who experienced a strong fear of their child's life (61.1%) were more likely to resign from work.

Conclusions. The parents perceive their child's illness as a challenge-activity and threat. The child's cancerous disease make the parents feel enormous fear. Parents of children suffering from cancer endeavour to manage the stress in many various ways, women more often choose prayers, relaxation at home and passiveness, while men prefer other forms. Other people's support is of indisputable importance to the parents.

KEYWORDS: stress, anxiety, parents, children, leukemia.

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa – dwa słowa, które dla każdego człowieka, zarówno młodszego, jak i starszego, po usłyszeniu diagnozy stają się powodem zachwiania dotychczasowego życia. Poczucie stresu i lęk rodziców dotkniętych chorobą ich dziecka towarzyszą im przez cały etap leczenia oraz zwykle trwają do końca życia.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż w Polsce rocznie odnotowuje się od 1100 do 1200 nowych zachorowań na nowotwory u dzieci do 18. roku życia [1–4]. Najczęstszym typem nowotworu występującego w Polsce u dzieci są białaczki i stanowią około 30% wszystkich nowotworów [5–9]. W Polsce rocznie rozpoznaje się około 350 białaczek [7]. Ostra białaczka limfoblastyczna (ang. *acute lymphoblastic leukemia* – ALL) jest najliczniejszą grupą, ponieważ stanowi około 80% wszystkich białaczek wieku dziecięcego. Najczęstszy wzrost zachorowalności dotyka dzieci w przedziale wiekowym od 2. do 5. roku życia [5, 6, 10].

Stres i lęk pojmujemy jako emocje negatywne, zwykle kojarzone z sytuacją trudną, która zaburza dotychczasowy spokój. Choroba nowotworowa, która dotyka dzieci, budzi wśród rodziców ogromne poczucie przerażenia, krzywdy, lęku, smutku, żalu oraz uczucia niesprawiedliwości [11–14]. Rodzice często zadają sobie pytanie: dlaczego ta choroba dotknęła moje dziecko? Na to pytanie nikt nie umie niestety odpowiedzieć. Do niedawna uważano, że nowotwór to wyrok – śmierć, teraz uważa się jednak, że jest to choroba, która zagraża życiu i zdrowiu dziecka [1, 11, 14]. Aktualnie poprzez zastosowanie intensywnej i wielolekowej terapii chemioterapeutykami u około 90% dzieci udaje się uzyskać całkowitą remisję choroby [2, 6, 14]. Stosuje się także przeszczep szpiku, który niesie ze sobą duże szanse na całkowite przezwycięzenie choroby [14]. Postawiona diagnoza zwykle dla rodziców jest ciężka do przyjęcia. Borykają się oni z różnymi myślami, przeżywają kryzysy emocjonalne, co nawet może prowadzić do wystąpienia zaburzeń psychicznych czy depresji [2, 9, 11].

Choroba nowotworowa dla całej rodziny jest doświadczeniem, które niesie ze sobą ryzyko ogromnego przeciążenia emocjonalnego o charakterze traumatycznym [4, 15]. Trudności związane z chorobą dziecka zagrażają dalszemu funkcjonowaniu rodziny, potęgują negatywne emocje, mogą wywoływać poczucie winy. Rodzice często oskarżają się, tworząc napięcie i konflikty, co skutkuje pogorszeniem się więzi emocjonalnych [16, 17]. Następnym utrudnieniem, z którym borykają się rodzice, jest pogorszenie się statusu ekonomicznego na skutek utraty pracy przez jednego współmałżonka lub przez oboje małżonków, ponieważ bardzo ciężko jest pogodzić opiekę nad chorym dzieckiem, które przecho-

dzi intensywne leczenie wymagające obecności rodzica, z utrzymaniem pracy [11, 17].

U rodziców dzieci leczonych onkologicznie występuje często zmęczenie fizyczne i psychiczne na skutek długich i ciężkich pobyków na oddziale onkologicznym, intensywnego leczenia, niosącego duże ryzyko wystąpienia skutków ubocznych, wypełniania wielu obowiązków oraz dawania ogromnego wsparcia swoim najbliższym [11, 15, 17].

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną.

Materiał i metody

Do przeprowadzenia badań posłużono się metodą badawczą sondażu diagnostycznego, szacowania, a techniką badawczą była ankieta. Jako narzędzia badawcze zastosowano: autorski kwestionariusz ankiety oraz Kwestionariusz Oceny Stresu. Pytania umieszczone w kwestionariuszu miały charakter pytań zamkniętych i półotwartych, dotyczyły m.in. danych socjodemograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wiek dziecka, liczba posiadanych dzieci, podejmowanie pracy zawodowej, samoocena statusu materialnego rodziny). Kwestionariusz Oceny Stresu opracowany został przez Wrześniewskiego, Jakubowską-Winecką, Włodarczyk [18]. Kwestionariusz zawierał 35 określeń pozytywnych, negatywnych i neutralnych związanych z sytuacją stresową. Osoby badane przy każdej pozycji miały udzielić odpowiedzi na podstawie 4-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak. Określenia te zostały przydzielone do 4 głównych czynników: zagrożenie, wyzwanie – aktywność, wyzwanie – pasywność, krzywda/strata.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej za zgodą dyrektora ds. leczenia oraz ordynatora oddziału w okresie od października 2016 do marca 2017 roku. Badaniami objęto rodziców dzieci chorujących na ostrą białaczkę limfoblastyczną, leczonych na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Rodzice biorący udział w badaniach zostali poinformowani o anonimowości, celu badań, prawie do odmowy udziału w badaniu lub do wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym czasie, bez żadnych konsekwencji. Po wyrażeniu świadomej zgody rodzice samodzielnie wypełniali kwestionariusze ankiet.

Zebrany materiał poddano analizie ilościowej i jakościowej. Dokonano oceny kompletności ankiet, dane zakodowano i poddano analizie statystycznej. Aby oce-

nić poszczególne różnice zachodzące pomiędzy zależnościami, wykorzystano testy Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Ponadto wykorzystano testy niezależności χ^2 . Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu SPSS 2010. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Łącznie przebadano 100 rodziców, 75 matek oraz 25 ojców, w przedziale wiekowym od 25 do powyżej 50 lat, zamieszkujących wieś, małe miasta oraz miasta powyżej 60 tys. mieszkańców. Najlichnieszą grupą wiekową były osoby między 31. a 39. rokiem życia (41%). Posiadanie większej liczby dzieci wskazało 74% rodziców. Najczęściej było to 2 dzieci, rzadziej 3 dzieci lub 4 dzieci; 26% ankietowanych miało 1 dziecko. W początkowym okresie choroby było 15% dzieci. W połowie leczenia znajdowało się 35% dzieci, natomiast podtrzymywanie remisji dotyczyło 23% dzieci. Wznowa choroby wystąpiła wśród 15% dzieci, a 12% osób zakończyło leczenie.

Grupa 41% rodziców stwierdziła, że oboje są aktywnymi zawodowo. W przypadku 49% badanych w rodzinie pracował tylko ojciec. Wykonywanie pracy zawodowej wyłącznie przez matkę wskazało 10% badanych. W związku z chorobą dziecka do rezygnacji z pracy zmuszonych było 36% rodziców. Przez pewien okres musiało zrezygnować z pracy 42% badanych, a w ogóle nie musiało tego robić 22% osób.

Tylko 1 dziecko zachorowało na białaczkę limfoblastyczną poniżej 1. roku życia. Najczęściej choroba u dzieci pojawiała się między 2. a 6. rokiem życia (62%). Pomiedzy 7. a 15. rokiem życia zapadło na białaczkę limfoblastyczną 33% dzieci, natomiast powyżej 16. roku życia – 4% dzieci. W czasie przeprowadzania badań wśród dzieci 1 dziecko miało poniżej 1. roku życia (1%), 37% stanowiły dzieci w przedziale wiekowym od 2 do 5 lat, a 6–10 lat miało 25% dzieci. W wieku 11–15 lat było 27% dzieci, a powyżej 16 lat miało 10% dzieci. Dzieci chorujące na białaczkę limfoblastyczną to nieznacznie częściej chłopcy (52%). Dziewczynki stanowiły 48% chorych.

Reakcje emocjonalne rodziców na chorobę dziecka

Najczęstszą reakcją rodziców dzieci w przedziale wiekowym od 2. do 6. roku życia były szok i zaskoczenie (39,7%). Lęk przed nieznaną chorobą odczuwali również częściej (33,3%) rodzice dzieci w wieku do 6 lat. Najrzadziej (3,2%) rodzice reagowali rezygnacją i wycofaniem – różnice nie były istotne statystycznie.

Wiek, w którym zachorowało dziecko, oraz etap leczenia dziecka nie różnicowały istotnie oceny lęku o jego życie. Nie stwierdzono również, by etap leczenia

dziecka istotnie różnicował postrzeganie przez rodziców sytuacji związanej z jego chorobą.

Najczęstszą reakcją rodziców na diagnozę były szok i zaskoczenie (34%). Lękiem przed nieznaną chorobą zareagowało 29% badanych, a 21% osób wskazało inny rodzaj reakcji, w tym: strach o życie dziecka, lęk przed śmiercią bądź poczucie winy. Bunt, gniew czuło 10% rodziców, a rezygnację i wycofanie odczuwało 6% badanych. Kobiety częściej reagowały szokiem i zaskoczeniem (37,3%), mężczyźni natomiast częściej rezygnacją i wycofaniem (20,0%). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0095$).

Rodzice dzieci do 5 lat (39,5%) lub w wieku 6–10 lat (36,0%) na diagnozę u dziecka częściej reagowali lękiem przed nieznaną chorobą w porównaniu do rodziców starszych dzieci. Natomiast rodzice dzieci powyżej 16. roku życia reagowali częściej buntem i gniewem (40,0%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 1**).

Tabela 1. Reakcja rodziców na diagnozę a wiek dziecka

Table 1. Parents' reactions to the diagnosis and the age of the child

Reakcja na diagnozę u dziecka/ Reaction to a child's diagnosis	Wiek dziecka/ Child's age							
	2–5 lat/ poniżej 1 roku/ 2–5 years/ less than 1 year		6–10 lat/ 6–10 years		11–15 lat/ 11–15 years		powyżej 16 lat/ above 16 years	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lęk przed nieznaną chorobą/ Fear of unknown disease	15	39,5%	9	36,0%	5	18,5%	0	0,0%
Szok i zaskoczenie/ Shock and surprise	12	31,6%	8	32,0%	12	44,4%	2	20,0%
Bunt, gniew/ Revolt, anger	1	2,6%	2	8,0%	3	11,1%	4	40,0%
Rezygnacja i wycofanie/ Resignation and withdrawal	1	2,6%	2	8,0%	3	11,1%	0	0,0%
Inne/ Other	9	23,7%	4	16,0%	4	14,8%	4	40,0%
p	0,0215							

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Rodzice w wieku 25–30 lat częściej (44,4%) na chorobę dziecka reagowali szokiem i zaskoczeniem. Osoby w wieku 31–39 lat – częściej (39,0%) lękiem przed nieznaną chorobą. Wśród rodziców w przedziale wiekowym od 40 do 49 lat najczęstszą reakcją (31,4%) były szok i zaskoczenie. Natomiast rodzice po 50. roku życia reagowali na równym poziomie (33,3%) szokiem i zaskoczeniem, buntem i gniewem oraz podawali inne reakcje na rozpoznanie choroby u dziecka. Różnice nie były istotne statystycznie.

Bardzo silny lęk o życie dziecka odczuwały częściej osoby młodsze, w wieku 25–30 lat (27,8%). Silny lęk od-

czuwali częściej rodzice w wieku 31–39 lat (68,3%). Lęk odczuwały częściej osoby w wieku 40–49 lat (40,0%), a strach – częściej osoby powyżej 50. roku życia (33,3%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 2**).

Tabela 2. Ocena poziomu lęku o życie dziecka a wiek rodziców
Table 2. Assessing the level of anxiety about the child's life and the age of parents

Ocena poziomu lęku o życie dziecka/ <i>Assessing the level of anxiety about the child's life</i>	25–30		31–39		40–49		powyżej 50/ above 50	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Strach/ <i>Fear</i>	0	0,0%	3	7,3%	3	8,6%	2	33,3%
Lęk/ <i>Anxiety</i>	4	22,2%	5	12,2%	14	40,0%	1	16,7%
Silny lęk/ <i>Strong anxiety</i>	9	50,0%	28	68,3%	11	31,4%	3	50,0%
Bardzo silny lęk/ <i>Very strong anxiety</i>	5	27,8%	5	12,2%	7	20,0%	0	0,0%
p	0,0146							

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Strach o życie dziecka odczuwało 8% rodziców. Lęk czuło 24% badanych, a silny lęk – 51% osób. Bardzo silny lęk o życie dziecka odczuwało 17% badanych.

Grupa 40% rodziców nie ujawniała swojego lęku, tłumiąc emocje. Nie mówiło nic o swoich emocjach 25% badanych. Tylko 5% rodziców pokazywało swoje uczucia, a 30% badanych mówiło o swoich lękach.

Ponad połowa rodziców (55%) nie reagowała płaczem, gdy pogarszał się stan zdrowia dziecka. Reagowało płaczem w takiej sytuacji 30% rodziców. Grupa 15% osób nie wiedziała, jaka była ich reakcja, gdy stan zdrowia dziecka pogarszał się. Reagowanie płaczem przy pogarszaniu się stanu zdrowia dziecka nie było istotnie związane z postrzeganiem przez rodziców choroby dziecka i wywołanej nią sytuacji. Reagowanie przez rodziców płaczem na pogarszanie się stanu zdrowia dziecka nie było istotnie związane z płcią dzieci ($p < 0,9713$).

Najbardziej na pogłębienie się lęku o dziecko wpłynęła chemioterapia (60%). W mniejszym stopniu obawy wzrosły w przypadku steroidoterapii (25%) lub przeszczepu komórek macierzystych (15%). Mężczyźni częściej (76%) martwili się o dziecko na etapie chemioterapii, kobiety natomiast częściej martwiły się w przypadku steroidoterapii (28%). Różnice nie były istotne statystycznie.

Największe wsparcie podczas choroby dziecka rodzice uzyskali od współmałżonka (53%). Wsparcia od rodziny doznało 30% rodziców, a wsparcia od przyjaciół – 15% osób. Brak otrzymanego wsparcia wskazało 2% rodziców.

Reakcje społeczne i zawodowe rodziców na chorobę dziecka

Najczęściej (41%) rodzice chorych dzieci izolowali się od rodziny, skupiając się tylko na chorobie dziecka. Umocnienie więzi rodzinnych podało 36% osób. Brak zmiany relacji rodzinnych z powodu choroby dziecka zadeklarowało 23% badanych. Większość rodziców (59%) ograniczyła kontakty towarzyskie. Poprawę kontaktów towarzyskich, poznanie nowych ludzi, częstsze wychodzenie z domu wskazało 19% badanych. Grupa 22% osób nie potrafiła jednoznacznie stwierdzić, jak zmieniły się ich kontakty towarzyskie po zachorowaniu dziecka.

Pozytywny wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie wskazywali częściej rodzice, w których rodzinie pracowała tylko matka (50%). Ograniczenie kontaktów towarzyskich wskazywali częściej badani, w rodzinie których obie osoby pracowały (68,3%). W przypadku gdy pracował tylko ojciec, badany ciężko było cenić tę kwestię (26,5%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 3**).

Tabela 3. Wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie a osoba pracująca w rodzinie
Table 3. Influence of a child's illness on social contacts and a person working in a family

Wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie/ <i>Influence of a child's illness on social contacts</i>	Osoba pracująca w rodzinie/ <i>A person working in a family</i>					
	oba pracujemy/ <i>we both work</i>		tylko ojciec pracuje/ <i>only father works</i>		tylko matka pracuje/ <i>only mother works</i>	
	N	%	N	%	N	%
Pozytywnie, poznaliśmy dużo nowych ludzi, częściej wychodzimy z domu/ <i>Positively, we met a lot of new people, more often we leave the house</i>	7	17,1%	7	14,3%	5	50,0%
Ograniczyliśmy kontakty do szpitalnych relacji/ <i>We restricted contacts to hospital relationships</i>	28	68,3%	29	59,2%	2	20,0%
Ciężko powiedzieć/ <i>Hard to say</i>	6	14,6%	13	26,5%	3	30,0%
p	0,0308					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z pracy z powodu choroby dziecka rezygnowali częściej rodzice, którzy odczuwali silny lęk o życie dziecka (61,1%). Osoby te również częściej (52,4%) decydowały się na tymczasową rezygnację z pracy. Nie rezygnowali z pracy rodzice, którzy odczuwali lęk o życie dziecka (45,5%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 4**).

Tabela 4. Ocena poziomu lęku o życie dziecka a rezygnacja z pracy z powodu choroby dziecka

Table 4. The assessment of the level of anxiety about the child's life and the resignation from work due to a child's illness

Ocena poziomu lęku o życie dziecka/ Assessing the level of anxiety about the child's life	Rezygnacja z pracy z powodu choroby dziecka/ Resignation from work due to a child's illness					
	tak/ yes		tak, przez pewien okres/ yes, for a period of time		nie/ no	
	N	%	N	%	N	%
Strach/ Fear	0	0,0%	4	9,5%	4	18,2%
Lęk/ Anxiety	7	19,4%	7	16,7%	10	45,5%
Silny lęk/ Strong anxiety	22	61,1%	22	52,4%	7	31,8%
Bardzo silny lęk/ Very strong anxiety	7	19,4%	9	21,4%	1	4,5%
p	0,0124					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z powodu choroby dziecka z pracy rezygnowały częściej kobiety (45,3%) niż mężczyźni (56,0%). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Najczęściej rodzice twierdzili, że choroba dziecka doprowadziła do tego, że potrzeby dziecka w ich życiu stały się najważniejsze (37%). Bezsenność z powodu choroby dziecka odczuwało 22% badanych, a niechęć do kontaktów z otoczeniem – 20% osób. Osłabiony lub nadmierny apetyt pojawił się u 16% rodziców. Brak znaczących zmian w życiu z powodu choroby dziecka wskazało 5% rodziców.

Strach, jaki towarzyszył zmianom w życiu z powodu choroby dziecka, a przejawiał się bezsennością lub nadmierną sennością, dotyczył 37,5% badanych. Natomiast niechęć do kontaktów z otoczeniem z powodu strachu opisywało 37,5% respondentów. Nie stwierdzono, by występowanie istotnych zmian w życiu z powodu choroby dziecka wpływało istotnie na poziom lęku o życie dziecka ($p < 0,3226$).

Sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją

Z porady psychologa podczas choroby dziecka korzystało 22% rodziców, a 12% badanych – z porady kapelana szpitalnego. Potrzebę uzyskania porady od innych osób (rodziny, rzadziej przyjaciół, siostry zakonnej) wskazało 53% rodziców. Nie potrzebowało takiego wsparcia 13% rodziców. Z porad psychologa (28%), a także innych osób (56%) korzystały częściej kobiety (28%). Mężczyźni natomiast częściej nie korzystali z porad osób trzecich (44%). Różnice były istotne statystycznie (Tabela 5).

Tabela 5. Korzystanie z porad osób trzecich podczas choroby dziecka a płeć badanych

Table 5. Using the advice of third parties during the child's illness and the sex of the respondents

Korzystanie z porad osób trzecich podczas choroby dziecka/ Using third party advice when your child is ill	Płeć/ Sex			
	kobieta/ female		mężczyzna/ male	
	N	%	N	%
Tak, z psychologa/ Yes, with a psychologist	21	28,0%	1	4,0%
Tak, z kapelana szpitalnego/ Yes, with a hospital chaplain	10	13,3%	2	8,0%
Nie, nie korzystałem/ No, I did not use it	2	2,7%	11	44,0%
Innej osoby/ Other person	42	56,0%	11	44,0%
p	<0,0001			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wsparcie ze strony współmałżonka wskazywali częściej rodzice dzieci, które zachorowały, mając nie więcej niż 6 lat (61,9%) lub powyżej 16 lat (75%). Rodzice dzieci, które zachorowały w wieku 7–15 lat, częściej wskazywali na pomoc ze strony rodziny (39,4%) oraz przyjaciół (27,3%). Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0010$).

Najczęściej badani radzili sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii (27%) lub odpoczynek i relaks w domu (24%). Pozytywne nastawienie do świata wybierało 15% osób, a aktywne spędzanie czasu – 8% badanych. Inne formy radzenia sobie ze stresem wybierało 26% rodziców, w tym najczęściej: poświęcanie się pracy, farmakoterapię, zakupy.

Kobiety częściej radziły sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii (33,3%), pozytywne nastawienie do świata (17,3%), odpoczynek i relaks w domu (26,7%). Mężczyźni częściej preferowali inne metody radzenia sobie ze stresem (60%). Różnice były istotne statystycznie (Tabela 6).

Tabela 6. Sposoby radzenia sobie ze stresem a płeć rodziców

Sposoby radzenia sobie ze stresem/ Ways to deal with stress	Płeć/ Sex			
	kobieta/ female		mężczyzna/ male	
	N	%	N	%
Zwrot ku religii/ Return to religion	25	33,3%	2	8,0%
Pozytywne nastawienie do świata/ Positive attitude to the world	13	17,3%	2	8,0%
Odpoczynek i relaks w domu/ Rest and relaxation at home	20	26,7%	4	16,0%
Aktywne spędzanie czasu/ Active leisure time	6	8,0%	2	8,0%
Inna forma radzenia sobie ze stresem/ Another form of coping with stress	11	14,7%	15	60,0%
p	0,0003			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Osoby, które radziły sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii, częściej (80,0%) ujawniały swoje odczucia lekkowe. Osoby wybierające inne formy radzenia sobie ze stresem rzadziej mówiły o swoich uczuciach (44%) lub tłumiły je w sobie (27%). Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0333$).

Ocena stresu u rodziców

Na podstawie KOS oceniono poziom stresu/zachowanie się rodziców. Wyniki pokazano w 4 podskalach, z których każda mieściła się w przedziale 1–4 pkt. Wyższym wynikiem odpowiadało wyższe nasilenie danych zachowań.

Wykazano, że rodzice dzieci chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną najczęściej postrzegali całą sytuację jako wyzwanie – aktywność ($M = 3,17$; $SD = 0,48$). Niemal na tym samym poziomie ($M = 3,16$; $SD = 0,42$) wskazywali poczucie zagrożenia istniejącą sytuacją. W mniejszym stopniu ($M = 2,91$; $SD = 0,61$) rodzice odczuwali zaistniałą sytuację jako krzywdę/stratę. W najmniejszym stopniu mieli poczucie wyzwania – pasywności ($M = 2,05$; $SD = 0,42$) (**Tabela 7**).

Tabela 7. Wyniki Kwestionariusza Oceny Stresu badanych rodziców
Table 7. Results of the Stress Assessment Questionnaire of the examined parents

	Średnia/ Average	SD	Min.	Maks.	Q1	Q2	Q3
Zagrożenie/ Danger	3,16	0,42	1,4	4,0	3,0	3,2	3,4
Wyzwanie – aktywność/ Challenge – activity	3,17	0,48	2,0	4,0	2,8	3,2	3,6
Wyzwanie – pasywność/ Challenge – passivity	2,05	0,42	1,2	3,0	1,8	2,0	2,2
Krzywdza/strata/ Wrong/loss	2,91	0,61	1,0	4,0	2,5	3,0	3,3

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Poczucie zagrożenia było nieznacznie wyższe wśród mężczyzn ($M = 3,27$) niż wśród kobiet ($M = 3,12$). Nie wielkie różnice sugerowały, że poczucie zagrożenia ($M = 3,26$) oraz poczucie krzywdy/straty ($M = 3,13$) było wyższe wśród rodziców w wieku 25–30 lat w porównaniu do pozostałych badanych. Różnice nie były istotne statystycznie. Wyższe poczucie krzywdy/straty w związku z chorobą dziecka mieli rodzice oceniający status materialny rodziny jako niedostateczny ($M = 3,25$), niższe poczucie krzywdy/straty towarzyszyło osobom o lepszym statusie materialnym. Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 8**).

Tabela 8. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS) a status materialny badanych
Table 8. Stress Assessment Questionnaire (KOS) and material status of the respondents

Status materialny/ Material status	Bardzo dobry/ Very good		Dobry/ Good		Dostateczny/ Sufficient		Niedostateczny/ Insufficient		p	
	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD		
Zagrożenie/ Danger	3,16	0,54	3,21	0,31	3,10	0,50	3,24	0,20	0,8516	
Wyzwanie – aktywność/ Challenge – activity	3,20	0,52	3,16	0,54	3,16	0,45	3,20	0,36	0,9859	
Wyzwanie – pasywność/ Challenge – passivity	2,22	0,56	2,03	0,42	2,02	0,38	2,10	0,41	0,7190	
Krzywdza/ strata/ Wrong/ loss	2,88	0,87	3,06	0,58	2,73	0,55	3,25	0,45	0,0402	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Nieznacznie wyższe wyniki na skali wyzwanie – pasywność posiadali rodzice, którzy nie zrezygnowali z powodu choroby dziecka z pracy ($M = 2,20$) w porównaniu do rodziców, którzy częściowo ($M = 2,00$) lub całkowicie ($M = 2,02$) musieli zrezygnować z pracy. Wiek, w którym zachorowało dziecko, obecny wiek dziecka, płeć i etap leczenia dziecka nie wpływały istotnie na postrzeganie przez rodziców sytuacji związanej z jego chorobą.

Wyższy poziom zagrożenia odczuwali rodzice, których dziecko reagowało dobrze ($M = 3,28$) lub raczej dobrze ($M = 3,24$) na leczenie w porównaniu do rodziców dzieci reagujących raczej źle ($M = 2,84$) lub źle ($M = 3,13$). Podobna relacja, ale nieistotna statystycznie, dotyczyła podskali wyzwanie – aktywność (**Tabela 9**).

Tabela 9. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS) a reakcja dziecka na leczenie
Table 9. Stress Assessment Questionnaire (KOS) and child's response to treatment

Reakcja dziecka na leczenie/ <i>The child's reaction to treatment</i>	Dobrze/ <i>Well</i>		Raczej dobrze/ <i>Rather good</i>		Raczej źle/ <i>Rather bad</i>		Źle/ <i>Wrong</i>		p	
	Średnia/ <i>Average</i>	SD	Średnia/ <i>Average</i>	SD	Średnia/ <i>Average</i>	SD	Średnia/ <i>Average</i>	SD		
Zagrożenie/ <i>Danger</i>	3,28	0,35	3,24	0,36	2,89	0,56	3,13	0,29	0,0390	
Wyzwanie – aktywność/ <i>Challenge – activity</i>	3,37	0,43	3,20	0,45	3,00	0,50	2,98	0,53	0,0517	
Wyzwanie – pasywność/ <i>Challenge – passivity</i>	2,06	0,45	2,03	0,39	2,13	0,44	1,94	0,42	0,5644	
Krzywdza/strata/ <i>Wrong/loss</i>	3,01	0,58	2,95	0,63	2,78	0,63	2,79	0,56	0,5940	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Istotnie wyższe wyniki na skali wyzwanie – aktywność mieli rodzice, których dzieci zachowywały się tak samo, jak przed chorobą ($M = 3,41$) lub były za małe, by zrozumieć sytuację ($M = 3,26$) ($p < 0,0078$).

Dyskusja

Do najczęstszych nowotworów złośliwych w wieku dziecięcym możemy zaliczyć białaczki. Stanowią one około 30% wszystkich nowotworów, wśród których dominującą postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna – ALL [19]. Jest to choroba układu krwiotwórczego powodująca niekontrolowane mnożenie niedojrzałych komórek krwi (blastów białaczkowych) w szpiku kostnym. Objawia się m.in.: bladością powłok skórnych, apatią, nadmiernym osłabieniem, siniakami i wybroczynami [20].

Wystąpienie choroby nowotworowej u dziecka jest ogromnym stresem dla całej rodziny, powoduje nagromadzenie zazwyczaj negatywnych emocji już od pierwszych chwil spędzonych na oddziale onkologicznym [14]. To, w jaki sposób dziecko będzie radzić sobie z chorobą, w dużej mierze zależy od zachowań rodziców, od ich postaw i nastawienia do leczenia.

Na ostrą białaczkę limfoblastyczną częściej chorują chłopcy niż dziewczynki. W badaniach własnych wykazano, że większość pacjentów (52%) stanowili chłopcy. Wyniki te potwierdzają badania przeprowadzone w 2011 roku przez Wieczerzak i Krzyżanowskiego [21].

Na pytanie, kto najczęściej sprawuje opiekę nad dzieckiem podczas leczenia w szpitalu, 45% badanych odparło, iż jest to matka. Jedna czwarta respondentów stwierdziła, że oboje opiekują się dzieckiem. Natomiast 13% wskazało, iż jest to ojciec. Niewielka część badanych wskazała, że dziecko pozostawało samo lub opiekowała się nim pozostała rodzina. Badania przeprowadzone w 2011 roku przez Mastalerz-Migas i wsp. [1] wykazały podobnie, że najczęściej osobą opiekującą się dzieckiem w szpitalu była matka (49%), znaczna część respondentów (43%) przyznała, że obydwoje rodzice na zmianę. Niewielka część wskazała na ojca lub rodzinę jako głównych opiekunów. Również badania Kędzierskiej i wsp. [15] wskazały, że głównym opiekunem sprawującym opiekę nad dzieckiem była matka, rzadziej byli to oboje rodzice czy inny członek rodziny. Ojcowie, którzy opiekowali się dzieckiem podczas pobytów w szpitalu, zdaniem Pilarczyk i wsp. [22] wykazali się większą dyspozycyjnością wynikającą z rodzaju wykonywanej pracy, mieli większe zasoby radzenia sobie ze stresem oraz odczuwali silniejszą więź z dzieckiem niż matka. Z badań własnych wynika, że mężczyźni częściej (60%) preferowali inne metody radzenia sobie ze stresem, takie jak praca czy farmakoterapia.

Podobnie badania innych autorów zwracają uwagę na oddziaływanie choroby nowotworowej na rodziców

dzieci chorych onkologicznie. W badaniach Cepuch i wsp. [23] stwierdzono bardzo wysoki poziom stresu wśród matek. Wśród kobiet dominującą strategią radzenia sobie ze stresem były zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego.

Zdaniem Bargiel-Matusiewicz i Ziółkowskiej [5] matki częściej skupiają swoją uwagę na koncentracji własnych emocji niż ojcowie. Z badań własnych możemy wywnioskować, że kobiety, aby poradzić sobie ze stresem, częściej wybierały takie strategie, jak: zwrot ku religii, pozytywne nastawienie do świata oraz odpoczynek w domu.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż kobiety częściej (45,3%) podejmowały decyzję o rezygnacji z pracy na rzecz opieki nad dzieckiem w trakcie leczenia. Ponad połowa (56%) mężczyzn nie musiała rezygnować z pracy. Wyniki badań własnych potwierdzają wyniki badań z 2012 roku prowadzonych przez Pilarczyk i wsp. [22].

Zdaniem Chrapek [11] rozpoznanie nowotworu u dziecka stanowi dla rodziców ogromne wyzwanie, zmusza do radzenia sobie z wieloma trudnościami. Jednym z problemów jest pogorszenie się sytuacji materialnej rodziny na skutek rezygnacji z pracy. Z badań własnych wynika, że w związku z zachorowaniem dziecka zmuszonych do rezygnacji z pracy było 36% rodziców. Decyzję o czasowej rezygnacji z pracy podjęło 42% respondentów, natomiast 22% osób nie dokonywało takich zmian.

Według Pawełczak-Szastok i wsp. [25] etap leczenia wpływał istotnie na pogłębienie lęku wśród rodziców. Okres początkowego intensywnego leczenia, zakończenie leczenia, a także wznowa choroby oraz konieczność przeprowadzenia transplantacji szpiku kostnego wywierały na matkach największe poczucie lęku i stresu. Wyniki badań własnych wykazały, iż bardzo silny lęk towarzyszył rodzicom podczas pierwszego miesiąca od rozpoznania i rozpoczęcia leczenia, natomiast z silnym lękiem zmagali się rodzice w trakcie terapii, podtrzymywania remisji, wznowy choroby i zakończenia leczenia. Należy również wskazać, że mężczyźni odczuwali większy lęk o życie dziecka podczas chemioterapii, kobiety natomiast – podczas etapu steroidoterapii.

Badania własne ukazują także różne reakcje rodziców na diagnozę u dziecka, zależne od wieku badanych. Rodzice młodszy częściej reagowali na wieść o chorobie ich dziecka szokiem i zaskoczeniem, starsi zaś – lękiem przed nieznaną chorobą. Z badań Dąbkowskiej i wsp. z 2008 roku [26] wynika, że predyspozycją do wystąpienia zachowań depresyjnych jest starszy wiek rodziców dzieci leczonych onkologicznie.

Okres wystąpienia choroby nowotworowej dziecka doprowadzała do istotnych zmian w życiu każdego rodzica, nasila pojawienie się niepokoju o zdrowie i życie

dziecka, zmusza do podejmowania często niełatwych decyzji, doprowadza do bólu i cierpienia, pojawiają się uczucie niepewności i brak kontroli nad losem. Dymecka [27] w swoich badaniach wykazała, że u 60% respondentów choroba nowotworowa doprowadziła do nieznacznego pogorszenia się ich zdrowia, część badanych (12%) uważała, że ich zdrowie uległo znacznemu pogorszeniu, natomiast pozostała część badanych (28%) twierdziła, że choroba dziecka nie wpłynęła istotnie na ich stan zdrowia. Z badań własnych wynika, że najwięcej rodziców (37%) uważało, iż potrzeby dziecka są najważniejsze, 22% badanych deklaroowało bezsenność lub nadmierną senność, część badanych (20%) ograniczyła kontakty z otoczeniem, 16% respondentów wymienilo osłabiony lub nadmierny apetyt.

Niezmiennie istotne w zmaganiu się z chorobą dziecka jest wsparcie społeczne uzyskiwane od bliskich osób. Wyniki przeprowadzonych badań własnych pokazują, iż 61,9% respondentów, których dzieci zachorowały w wieku do 6 lat oraz powyżej 16. roku życia, mogli przede wszystkim liczyć na wsparcie współmałżonka. Rodzice dzieci od 7 do 15 lat uzyskiwali wsparcie od rodziny (39,4%) oraz swoich bliskich przyjaciół (27,3%). Spośród całej grupy badanej tylko 2 respondentów stwierdziło, że podczas leczenia nie było osoby, na której pomoc mogliby liczyć. Badania przeprowadzone w 2014 roku przez Cepuch i wsp. [12] wskazują, że największym wsparciem (92,16%) była rodzina, w tym współmałżonek, przyjaciele (50%), znajomi z pracy (7,45%) oraz inni rodzice, których dzieci chorowały (36,27%).

Badania własne wykazały, że ponad połowa rodziców (59%) ograniczyła kontakty towarzyskie tylko do szpitalnych relacji. Podobnie Cepuch i wsp. [12] w swoich badaniach zwrócili uwagę na wycofanie się rodziców z życia społecznego. Ponadto wykazano, że rodzice chorych dzieci ujawniali swój lęk i dzielili się nim z otoczeniem (47,06%), zazwyczaj mówili jawnie o swoich lękach (39,22%) lub tłumili strach w sobie (35,29%). W badaniach własnych większość ankietowanych (40%) tłumila swoje emocje, 30% pytanych mówiło o swoich uczuciach, 25% rodziców nie mówiło o swoich lękach, natomiast tylko 5% uzewnętrzniało to, co czuje.

Z badań Wieczerek i Krzyżanowskiego [21] wynika, że dzieci były nastawione pozytywnie do swojej choroby, traktowały ją z humorem i uśmiechem na ustach, co niewątpliwie wpływa na lepsze radzenie sobie z leczeniem. Dla tych dzieci choroba to przeszkoda, którą należy pokonać. Z badań własnych wynika, że najwięcej rodziców (37%) uważało, że dziecko pod wpływem leczenia stało się smutne, apatyczne, natomiast 20% badanych stwierdziło, że dziecko izoluje się od rodziców i rówieśników. Pozostali (29%) twierdzili, że dziecko

zachowuje się tak jak przed chorobą lub jest zbyt małe, by zrozumieć sytuację.

Podsumowując, można stwierdzić, że pojawienie się choroby onkologicznej u dziecka wpływa na codzienne funkcjonowanie rodziny. Wsparcie, poczucie zaangażowania i okazanie miłości może pomóc przetrwać trudny czas.

Wnioski

1. Rodzice postrzegają zachorowanie ich dziecka najczęściej jako wyzwanie oraz jako zagrożenie. Ojcowie w nieznacznie większym stopniu odczuwają poczucie zagrożenia niż matki. Młodszy rodzice oraz osoby oceniające swój status materialny jako niski częściej doświadczają poczucia zagrożenia oraz krzywdy/straty niż pozostali.
2. Zachorowanie dziecka na nowotwór wywołuje wśród rodziców ogromne poczucie lęku. Osoby młodsze najczęściej odczuwają bardzo silny lęk. Poziom lęku zmniejsza się wraz z wiekiem rodziców.
3. Rodzice w różny sposób próbują radzić sobie ze stresem. Kobiety częściej wybierają zwrot ku religii, odpoczynek i relaks w domu, a także pozytywne nastawienie do świata, mężczyźni natomiast preferują inne formy, np. pracę.
4. Matki częściej niż ojcowie korzystają z porad psychologa, kapelana szpitalnego oraz rodziny, przyjaciół czy siostry zakonnej.

Piśmiennictwo

1. Mastalerz-Migas A, Koczy M et al. Jak funkcjonuje rodzina z dzieckiem chorym na nowotwór – doniesienie wstępne. *Fam Med Prim Care Rev.* 2011; 13(2): 185–188.
2. Samardakiewicz M, Kowalczyk J. Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości. *Hematologia.* 2011; 2(1): 51–56.
3. Muczyński A, Sterczyński R, Samardakiewicz M, Zaucha JM. PedsQL^{FM} Family Impact Module jako metoda badania wpływu choroby nowotworowej dziecka na rodzinę. Adaptacja językowa i badania pilotażowe. *Psychoonkol.* 2014; 4: 128–135.
4. Baruch A. Choroba nowotworowa dziecka jako czynnik powodujący zmiany w funkcjonowaniu rodziny – wybrane aspekty. *Prz Pedagog.* 2013; 2(12): 133–148.
5. Bargiel-Matusiewicz K, Ziółkowska N. Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku u matek oraz ojców dzieci chorych onkologicznie. *Ann Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica.* 2015; 8: 24–33.
6. Mały E, Przyborska M et al. Zmiany cytogenetyczne a pozostałe czynniki prognostyczne u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną – badanie jednośrodkowe. *Acta Haemat Polonica.* 2011; 42(3): 507–512.
7. Jatczak-Gaca A, Styczyński J et al. Analiza współczynników prognostycznych w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci leczonych w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1976–2010. *Post Nauk Med.* 2013; 9: 627–633.

8. Cepuch G, Dębska G, Foryś Z. Dziecko z białaczką – wybrane elementy modelu opieki. W: Pasek M, Dębska G (red.). Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM; 2010. 47–56.
9. Kichler K, Hnatyszyn M. Rodzina z dzieckiem z chorobą rozrostową układu krwiotwórczego – perspektywa matki. *Psychoonkol.* 2015; 4: 169–174.
10. Stachowicz-Stencel T, Krawczyk M, Balcerska A. Wczesna diagnostyka choroby nowotworowej u dzieci. *Forum Med Rodz.* 2010; 4(6): 431–437.
11. Chrapek E. Psychologiczne trudności, wsparcie społeczne oraz radzenie sobie ze stresem u rodziców dzieci z chorobą nowotworową. *Psychiatr Psychol Klin.* 2016; 16(1): 27–32.
12. Cepuch G, Wojnar-Gruszka K, Gdańska K. Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie. *Psychoonkol.* 2014; 1: 35–41.
13. Mess E et al. Postawy rodzicielskie wobec dzieci z chorobą nowotworową i alergiczną a ból odczuwalny przez dzieci. *Psychoonkol.* 2014; 4: 153–159.
14. Pilarczyk J. Rola psychoonkologii w leczeniu chorób nowotworowych u dzieci. W: Cybulski M, Strzelecki W (red.). *Psychologia w naukach medycznych.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2010. 44–56.
15. Kędzierska B, Kol P, Wiktorowicz J. Wskaźniki stresu po-traumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowej. *Psychoonkol.* 2016; 20(1): 9–16.
16. Deręgowska J. Rodzina w zmaganiach z chorobą nowotworową dziecka. Szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń? *Piel Pol.* 2013; 3(49): 197–205.
17. Dębska G, Goździalska A, Jaśkiewicz J (red.). Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka. Rodzina w zdrowiu i w chorobie: wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym. Kraków: Oficyna Wydawnicza; 2012. 9–16.
18. Włodarczyk D, Wrześniewski K. Kwestionariusz Oceny Stresu. *Prz Psychol.* 2010; 53(4): 479–496.
19. Kantmann J, Mazur B, Szczepański T. Charakterystyka i częstość występowania koekspresji w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci. *Ann Academiae Medicave Silesien-sis.* 2012; 66(3): 20–26.
20. Radwańska U. Białaczki u dzieci. Wrocław: Volumed; 1998.
21. Wieczerek K, Krzyżanowski D. Wybrane aspekty psychologiczne jakości życia dzieci chorych na nowotwory krwi. *Piel Zdr Publ.* 2011;1(2): 129–134.
22. Pilarczyk J et al. Analiza funkcjonowania psychospołeczne-go ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkol.* 2012; 2: 37–42.
23. Cepuch G, Citko J, Wojtas K. The level of perceived stress of parents of children with cancerous disease — mechanisms of dealing with stress and social support. *Folia Medica Cracoviensia.* 2013; 3(2): 87–97.
24. Tsitsi T, Raftopoulos V, Papastavrou E, Charalambous A. Complementary and alternative medical interventions for the management of anxiety in parents of children who are hospitalized and suffer from malignancy: A systematic review of RCTs. *Eur J Integrative Med.* 6, 2014: 112–124.
25. Pawełczak-Szastok et al. Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory. *Psychoonkol.* 2012; 2(29): 29–36.
26. Dąbkowska M, Kurylak A, Wysocki M. Poziom lęku rodziców dzieci z chorobą nowotworową – doniesienie wstępne. *Pediatr Pol.* 2008; 83(3): 246–251.
27. Dymecka J. Poczucie koherencji a stan zdrowia rodziców zmagających się z chorobą onkologiczną dziecka. *Psycho-onkol.* 2013, 1: 16–22.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.09.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.02.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Aneta Grochowska
ul. Adama Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel.: 14 631 07 51
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie